SEMIOLOGIA CONŞTIINŢEI

Descrierea tulburărilor de conştiinţă

Tulburările de conştiinţă se împart în *cantitative şi calitative*. Pe fond de vigilitate, sub aspectul intensităţii se pot distinge mai multe grade de *tulburare cantitativă* a conştiinţei:

Starea de obtuzie reprezintă o dificultate a recepţionării corecte. Constă în bradipsihie cu hipoprosexie, în special spontană. Are loc un contact dificil cu realitatea, o recepţie lentă şi lipsită de precizie. Bolnavul este somnolent, vorbeşte mai greu, monoton. Se observă alterarea procesului asociativ cu ideaţie încetinită, cu o înţelegere greoaie, cu răspunsuri întârziate, inexacte. Se întâlneşte în psihozele toxice, infecţioase, organice, traume cerebrale. Poate să apară în stări de epuizare, poate reprezenta stadiul premergător al unei confuzii mintale sau să apară în cadrul fluctuaţiilor de conştiinţă din cadrul unor maladii, cum ar fi sindromul de hipertensiune intracraniană.

Starea de hebetudine se caracterizează prin desprinderea de realitate privind orientarea în spaţiu, pe care bolnavul nu o mai poate cuprinde ca ansamblu. Atitudinea bolnavului este cea de perplexitate şi indiferenţă. Este un simptom al confuziei mintale.

Starea de torpoare se caracterizează prin hipochinezie, hipobulie, scăderea tonusului afectiv, unde se reduce iniţiativa, apare indiferenţa. Este o stare comparabilă cu cea de somnolenţă. Apare în sindroame confuzionale de etiologie toxico-infecţioasă, în bolile somatice grave.

Starea de obnubilare reprezintă o denivelare mai accentuată a conştiinţei. Se înregistrează o hipoprosexie severă, dificultăţi mnezice, recepţie întârziată şi neadecvată, lentoare ideomotorie. Bolnavul dă răspunsuri aproximative, vagi, orientarea sa se face cu efort şi este parţială. Caracteristica obnubilării constă în faptul că la stimulii mai puternici sau la repetarea întrebărilor, răspunsurile pot creşte în precizie şi claritate. Se întâlneşte în stările confuzionale acute de origine toxică (alcool, medicamente), stări febrile infecţioase, în perioada după crizele majore epileptice.

Starea de stupoare constituie un grad accentuat de tulburare a conştiinţei în care activitatea psihomotorie a bolnavului este suspendată. Bolnavul nu mai poate răspunde la întrebări, nu mai reacţionează la excitanţii din mediu decât atunci când sunt foarte puternici, conduita lui fiind ruptă de orice legătură cu mediul. Mimica bolnavului este inexpresivă sau exprimă un grad de anxietate, atitudinea este inertă, dar opune rezistenţă la mişcările provocate. Stupoarea se

alătură stărilor somatice alterate şi poate evolua până la comă. Mai există stupoare catatonică din schizofrenie, stupoare emotivă de tip isteric şi stupoare melancolică.

Starea de sopor se aseamănă, sub aspect clinic, cu o stare de somnolenţă accentuată. Reacţiile subiectului la stimuli psihosenzoriali sunt foarte scăzute. Spre deosebire de comă, bolnavul reacţionează la stimulii dureroşi, dar nu poate răspunde verbal coerent. Această stare este întretăiată de perioade de somn. Soporul reprezintă starea precomatoasă.

Starea comatoasă reprezintă o pierdere completă a conştiinţei, o stare de „apsihism" şi se realizează prin disoluţia bruscă sau progresivă a conştiinţei, cu conservarea (uneori relativă) a funcţiilor vegetative. Există mai multe forme ale stării comatoase:

uşoară (subcomă), unde există posibilităţi ale regresiei tulburărilor;
vigilă, care evoluează cu agitaţie psihomotorie, unde se menţine un oarecare grad de prezenţă în mediu şi o anumită activitate psihică, dar profund confuză;
profundă (coma carus) constituie gradul cel mai profund al destructurării conştiinţei, în care sunt afectate şi funcţiile vegetative;
coma agonică – stadiul terminal al celor mai variate afecţiuni.

Tulburările calitative ale conştiinţei se caracterizează mai ales prin polarizarea, îngustarea câmpului conştiinţei, precum şi prin defectul contactului cu realitatea. Principalele tulburări calitative ale conştiiţei sunt:

– **Îngustarea câmpului de conştiinţă,** descrisă de P.Janet, se caracterizează prin focalizarea conştiinţei asupra unei idei, amintiri, acţiuni psihotraumatizante, de care subiectul nu se poate desprinde. Conştiinţa este incapabilă să cuprindă întreaga experienţă prezentă, în afară de cea asupra căreia este focalizat subiectul. Se poate considera ca fiind o demodulare afectiv-ideativă, o neadecvare prin alterarea criteriului valoric, care duce la deformarea relaţiei cu realitatea.

– **Starea crepusculară** reprezintă o tulburare de conştiinţă cu păstrarea automatismelor motorii, aceasta oferind un aspect relativ coordonat şi coerent actelor comportamentale ale bolnavului. Conduita lui apare ca manifestare a unei realităţi fictive (ca în vis). Debutul este brusc. În starea crepusculară din cadrul psihozelor apar halucinaţii vizuale, idei delirante de urmărire, influenţă. Conduita bolnavului poate fi surprinzătoare, ilogică, chiar violentă pe fond afectiv de disforie, anxietate, ură. Starea crepusculară are o evoluţie tranzitorie cu un sfârşit brusc. Durează de la câteva minute până la câteva zile. Amintirile trăirilor şi crimelor săvârşite în perioada acută lipsesc (amnezie totală). Stările crepusculare se întâlnesc în epilepsie, psihoze organice cauzate de traume cerebrale, tumori cerebrale, encefalite. Se deosebesc mai multe

variante ale stărilor crepusculare:

– *Automatismul ambulator* evoluează fără delir şi halucinaţii. Aceşti bolnavi pot întreprinde inconştient o călătorie, în timpul căreia comportamentul lor nu are nimic straniu. Ei destul de adecvat folosesc mijloacele de transport, procură bilete la ghişeu, în mod mecanic traversează strada. Toate mişcările au un caracter automatizat. Ieşind din această stare, află cu nedumerire că se găsesc în alt capăt al oraşului sau în altă localitate.

– *Fuga patologică şi transa patologică* sunt stări de automatism ambulator, însă de scurtă durată (2-3 min). Aceşti bolnavi pe neaşteptate încep să fugă sau săvârşesc alte mişcări inconştiente. De exemplu, încep să se învârtească pe loc, îşi aruncă hainele de pe ei. În aceste stări lipseşte controlul actelor comportamentale şi evitarea pericolelor. După ieşirea din starea respectivă se observă o amnezie totală.

– *Somnambulismul* este automatismul ambulator din timpul somnului. Se caracterizează prin acţiuni motorii automate, complexe ce apar în cursul somnului. Ochii sunt larg deschişi la subiect, el umblă prin cameră, deschide uşile, apoi se culcă din nou şi a doua zi nu-şi mai aminteşte nimic de cele întâmplate. În somnambulism pe lângă mişcări se păstrează parţial şi percepţia senzorială, însă conştiinţa este deconectată. Ca normă fiziologică se întâlneşte la copii şi adolescenţi. La maturi somnambulismul este o patologie.

– *Absenţa* este o variantă a automatismului ambulator cu o durată scurtă (câteva clipe). Se disting *absenţe tipice* şi *atipice. Absenţele tipice* durează de obicei 5-20 s când bolnavul încremeneşte, vorbirea se întrerupe, iar privirea devine fixă şi inexpresivă. Uneori se observă clipiri ritmice. *Absenţele atipice* durează până la 30 s, interval în care se observă mai multe fenomene motorii şi vegetative. Ambele tiputi de absenţe sunt caracteristice epilepsiei.

– **Starea confuzională** descrisă iniţial de Chaslin ca o afecţiune în mod obişnuit acută, reprezentând o formă de slăbire şi disociaţie intelectu-ală care poate fi însoţită sau nu de delir, agitaţie sau inerţie, având caracter tranzitoriu.

Debutul confuziei mintale este uneori brutal, cel mai adesea în câteva ore, uneori câteva zile. Faptul principal, uneori dificil de pus în evidenţă fără ajutorul anturajului, este aspectul de ruptură cu comportamentul anterior al bolnavului. Simptomul esenţial din care decurg celelalte este scăderea proceselor normale de sinteză şi diferenţiere ale conţinuturilor conştiinţei. Activitatea perceptivă este cea mai deficitară. Denivelarea conştiinţei în diferite grade (torpoare, obnubilare, obtuzie – cel mai frecvent) se manifestă prin tulburări ale atenţiei, care nu poate fi fixată, orientată şi menţinută. Datele perceptive vizuale, auditive sunt rudimentar analizate

ajungând până la greşeli şi erori de identificare, mai rar la iluzii. Memoria este global tulburată cu predominanţa celei de fixare, datele prezentului nu se constituie decât din amintiri fragmentare, iar evenimentele trecute biografice sau culturale sunt cu mare greutate evocate. Perplexitatea (nedumerirea anxioasă) este expresia pasivităţii, chiar a stuporii vieţii mintale; scurtele intervale de luciditate provoacă o creştere a anxietăţii care poate fi cauza unor stări de agitaţie. Mimica pacientului este rătăcită, perplexă, privirea este pierdută, îndepărtată, absentă. Limbajul este ezitant, redus la fragmente de fraze uneori incoerente. Pacientul îşi caută cuvintele, acestea fiind rău articulate, adesea murmurate. Gesturile sunt stângace, ezitante, lipsite de înde-mânare. Grafismul este totdeauna perturbat, reproducerea unui desen geometric chiar simplu este deficientă. Activitatea şi comportamentul pot îmbrăca două aspecte: lipsa iniţiativei, lentoare, stângăcie, chiar stupoare, sau agitaţie dezordonată. Oscilaţiile dintre aceşti doi poli se pot produce brusc, atrăgând posibilitatea unor grave accidente. Confuzia mintală este o tulburare globală a funcţionării cerebrale (care, după tot mai mulţi autori, justifică termenul de encefalopatie). Ea apare în circumstanţe etiologice diferite, cum ar fi: afecţiuni neurologice intracraniene, afecţiuni generale, stări febrile, alcoolism, toxicomanii, intoxicaţii, stări de şoc, în cursul evoluţiei unor boli psihice (psihoze post-partum, schizofrenie, manie, de-presie, demenţă).

Starea oneiroidă reprezintă o tulburare de conştiinţă „ca în vis", unde este dereglată reflectarea lumii reale. Perceperea mediului are un caracter denaturat cu abundenţă de iluzii, halucinaţii, idei delirante. Bolnavii săvârşesc călătorii pe alte planete, în rai, cu anumite misiuni. Tabloul este completat cu reminiscenţele halucinatorii ale unor imagini anterior trăite care accentuează şi mai mult confuzia şi dezorientarea.

Starea delirantă se caracterizează, în primul rând, prin dezorientare în spaţiu şi timp şi în al doilea rând prin existenţa unor tulburări masive de percepţie sub formă de halucinaţii vizuale, auditive, verbale, iluzii. Ideile delirante sunt multiple şi de obicei absurde (de urmărire, de otrăvire, de gelozie). Stările delirante sunt nişte scene, unde se petrec diferite evenimente, de exemplu manifestaţii, războaie, omoruri etc. Bolnavii sunt agitaţi, anxioşi, cu privirea rătăcită, cu manifestări motorii. Se întâlnesc în psihozele toxice, schizofrenie.

Starea amentivă este o dereglare de conştiinţă severă cu dezorientare totală, incoerenţă maximă a gândirii sub formă de dislogii, salată de cuvinte, vorbire ininteligibilă cu ecolalie, agitaţie motorie de tip maniacal şi catatonic, uneori stupoare catatonică. Se întâlneşte în psihoze infecţioase, somatogene, toxice, organice, ateroscleroză, schizofrenie.

Derealizarea este o dereglare calitativă care ocupă un loc intermediar între tulburările de conştiinţă şi percepţie şi reprezintă un sentiment de stranietate a lumii exterioare. „Subiectul

pierde funcţia realului" (P.Janet**),** adică senzaţia de familiaritate pe care obiectele lumii reale ne-o dau în mod normal. În forma sa minoră se referă la stranietatea lucrurilor care par false artificiale, modificate în dimensiunile lor. În forma sa extremă se manifestă ca o îndepărtare, o izolare sau o fugă din lumea realului, o detaşare, o plutire „fără înălţime". Derealizarea se referă şi la raporturile spaţiale ale obiectelor şi orientare. Subiectul se simte „pierdut în spaţiu". Destul de des se poate însoţi de perturbări ale percepţiei subiective a timpului, sentimentul de a nu trăi „ân ritmul lumii"**.** Fenomene de tip „deja vu" sau falsele recunoaşteri se încadrează în acelaşi cadru nosologic. Derealizarea nu apare aproape niciodată ca un fenomen izolat.

Depersonalizarea este o tulburare a conştiinţei propriului Eu, a sentimentului identi-tăţii somatopsihice personale cu destrămarea curgerii existenţiale şi a percepţiei lumii ca loc de desfăşurare a acesteia. Sindromul de depersonalizare are următoarele componente:

– *Alterarea sentimentului propriului Eu* este resimţită ca o nesiguranţă anxiogenă faţă de propria persoană şi identitate „ca şi cum" acestea ar fi în pericol iminent de dispariţie. Păstrând conştiinţa personalităţii lor anterioare, unii bolnavi trăiesc dureros modi-ficarea Eului, înstrăinarea faţă de el. Transformarea acestuia poate îmbrăca numeroase aspecte clinice dintre care notăm sentimentul de vid interior, nesiguranţa şi indecizia în acţiune, hipobulia, sentimentul de inautenticitate a trăirilor, amintirilor, ideilor, devalo-rizarea personalităţii.

– *Alterarea sentimentului de corporalitate* (desomatizarea).

– *Derealizarea*.

– *Analiza introspectivă* ce constă în desprinderea de realitate, de lumea obiectuală, pe care bolnavul o face pentru a încerca să îşi înţeleagă propria subiectivitate. În efor-tul de regăsire bolnavii alunecă în subiectiv pe care caută să îl analizeze şi să îl verbalizeze cât mai precis, îndepărtându-l de real.

Sindrom de graniţă în psihopatologie, depersonalizarea se întâlneşte cu o intensi-tate variabilă în situaţii nepsihiatrice: surmenaj, stări hipnagogice, cât şi în cele psihiatrice: reacţii afective, neurastenie, stări depresive, bufeuri delirante, nevroza obsesivo-fobică, personalitatea psihastenică, debutul psihozelor.

Personalitatea multiplă (alternă) este o tulburare particulară a conştiinţei de sine, în care există o îngustare a conştiinţei prin alterarea bruscă, temporară a normalităţii funcţiilor de integrare ale conştiinţei, a identităţii de sine, având drept consecinţă pierderea consecventei şi legăturilor obişnuite dintre diferitele grupe de procese psihice, rezultând o aparentă independenţă

în funcţionarea uneia dintre ele.

Personalitatea multiplă, în care pacientul îşi asumă un număr de false personalităţi diferite, a fost descrisă de M**.**Prince. Pacienţii săi prezentau o simptomatologie isterică, dar unii dintre ei prezentau şi patologie organică. Uneori aceste personalităţi susţineau că se cunosc cu celelalte personalităţi ale aceleiaşi persoane şi chiar nu se plăceau, iar alteori negau faptul că aveau cunoştinţă asupra celorlalte personalităţi. La ora actuală, această tulburare este extrem de rară şi chiar există controverse asupra măsurii în care ea este iatrogenă sau socioculturală. Trăsătura esenţială ar fi aparenta existenţă a mai multe personalităţi la un singur individ cu evidenţierea clară a uneia sin-gure la un moment dat. Personalităţile succesive pot fi în contrast marcant cu personali-tatea premorbidă a individului. Personalităţile diferite par să nu aibă cunoştinţă de amintirile şi preferinţele celeilalte şi să nu realizeze existenţa acestora. Tranziţia de la un tip de personalitate la altul este bruscă, deseori impresionantă, însoţită în general de amnezie, pentru existenţa trăsăturilor şi evenimen-telor trăite de personalitatea secundară. Examinarea şi diagnosticarea acestor cazuri este de obicei foarte dificilă, nece-sitând o consultare repetată, prelungită, care să permită sesizarea discontinuităţii bruşte a psihismului.